



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

ວັນທີ:

ເລກລູກຄ້າ: _____

ພະນັກງານເອກສານ: _____

ພາສາ: _____

ສະບາຍດີ,

ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດທີ່ຈະຢືນຢັນໄດ້ວ່າທ່ານ:

ໄດ້ສໍາເລັດການຕີຮາຄາປະເມີນຜົນເບິ່ງການໃຊ້ເສບຕິດແລ້ວຕາມທີ່ຖືກບັງໄວ້ຢູ່ໃນຫນັງສືລົງວັນທີ _____.

ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມນໍາການປິ່ນປົວການໃຊ້ຢາເສບຕິດຕາມທີ່ຖືກບັງໄວ້ຢູ່ໃນຫນັງສືລົງວັນທີ _____.

ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການສົ່ງຕໍ່ໄປຫາບ່ອນຢູ່ອາສັຍແລະຄວາມຕ້ອງການຈໍາເປັນ (HEN) ຂອງທ່ານຈະຈົບລົງນອກຈາກວ່າທ່ານສົ່ງຫຼັກຖານມາໃຫ້ວ່າທ່ານໄດ້ສອດຄ່ອງນໍາກົດກໍານົດອັນນີ້ຫລືມີເຫດຜົນດີສໍາລັບການບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມນໍາໂດຍອີງຕາມກົດໝາຍ WAC 388-447-0120.

ກະຮຸນາ:

ພົບກັບຂ້າພະເຈົ້າໃນ _____ ໃນ _____
ວັນທີ ເວລາ

ໂທຫາຂ້າພະເຈົ້າທີ່ _____ ກ່ອນ _____ ເພື່ອຈະເວົ້າລົມກັນກ່ຽວກັບວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ສາມາດຮ່ວມມືນໍາ.
ເລກໂທຣະສັບ ວັນທີ

ທ່ານຍັງຈະສົ່ງຫນັງສືອະທິບາຍມາໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອີກຄັ້ງວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງບໍ່ສາມາດຮ່ວມມືນໍາກ່ອນ _____
ວັນທີ

ລວມເອົາຫຼັກຖານຕ່າງໆທີ່ທ່ານມີຢູ່, ເຊັ່ນວ່າໃບແຈ້ງການຈາກທ່ານຫນ້າຫລືຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ, ມານໍາຫນັງສືຂອງທ່ານ.

ຄວາມເຫັນ:

ຂ້າພະເຈົ້າຈະລໍຖ້າທີ່ຈະເວົ້າລົມນໍາທ່ານ.

_____ ເລກໂທຣະສັບ: _____

ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານຄວາມເສັຽອົງຄະ

CSO: _____